Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Erich Schnell,
approb. Arzt aus Egeln

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Halle a. d. S. 1920
Buchdruckerei des Waisenhauses

Maßnahmen zur Behebung der Sterilität der Frau an Hand der Fälle der letzten fünf Jahre (1915—1919) an der Univ.-Frauenklinik zu Halle a. d. S.

In den letzten fünf Jahren (1915—1919) wurden an der Univ.-Frauenklinik zu Halle a. d. S. insgesamt 39 Frauen wegen bestehender Sterilität behandelt (davon 2 vor Abschluß der Behandlung auf eigenen Wunsch entlassen). In 35 Fällen handelte es sich um eine absolute, in 2 um eine erworbene Sterilität.

Bei diesen Patientinnen wurden als die die Unfruchtbarkeit bedingenden Erkrankungen festgestellt: Endometritis in 20, Hypoplasia uteri in 13, Stenose des Cervicalkanals in 7, Entzündungen des Parametrium in 8, Lageveränderungen des Uterus (Retroflexio) und Entzündungen der Adnexe in je 6 Fällen.

Infolgedessen war die Behandlung in erster Linie eine symptomatische.

Ich gebe die stattgehabten Maßnahmen kurz an:

I. Bei Endometritis: In Narkose Erweiterung des Cervicalkanals durch Hegardilatatoren, Abrasio der Uterusschleimhaut. Ausspülung der Uterushöhle mit physiol. Kochsalzlösung, Tamponade. In der Nachbehandlung Secale, außerdem Lichtbogen und Diathermie.

II. Bei Stenose des Cervicalkanals ebenfalls Dilatatio und Abrasio. In einem Fall, wo Portiohypertrophie bestand, wurde die Amputatio portionis ausgeführt.

III. Die Entzündungen des Beckenzellgewebes unterlagen neben strenger Bettruhe der Diathermie- und Glühbogenbehandlung.

IV. Bei Adnexentzündungen wurden verschiedene, die Resorption anregende Methoden angewandt: Belastungstherapie, Lichtbogen, Diathermie.

V. Lageveränderungen des Uterus: Retroflexio wurde einmal durch Ventrofixation, einmal durch die Operation nach Alexander-Adams beseitigt.

VI. Hypoplasia uteri: Hier wurde stets, um die meist gleichzeitig bestehende Cervicalstenose zu beeinflussen, dilatiert. Innerlich wurden Ovarialpräparate, vorzugsweise Ovaraden-Triferrintabl., Ovarial-Opton verabreicht.

Erfolge: Soweit sich bis jetzt übersehen läßt, ist in 7 Fällen Gravidität eingetreten. Von diesen abortierte eine Frau im 7. Monat, wahrscheinlich infolge einer gleichzeitig bestehenden leichten Uterushypoplasie, zwei Frauen sind zurzeit schwanger, die übrigen vier haben normale Geburten gehabt.

Es handelte sich bei diesen Patientinnen 4 mal um eine Endometritis, je 1 mal ume eine Stenose des Cervicalkanals (Behandlung: Portioamputation) und um eine Retroflexio uteri (Behandlung: Alexander-Adams). Im 7. Falle bestand neben einer Cervicalstenose gleichzeitig eine Endometritis interstitialis und Salpingitis dextra.

Nichterfolg ist in 21 Fällen nachzuweisen. Jedoch erscheint mir fraglich, ob hier die festgestellte örtliche Erkrankung wirklich immer die Ursache der Sterilität war, denn die Mehrzahl der Pat. wurde als geheilt oder gebessert entlassen.

Man muß sich angewöhnen, bei Konsultationen wegen St. die am Genitale gefundene Erkrankung als nur wahrscheinlich diesen Zustand bedingend anzusehen und mehr als bisher konstitutionelle Momente für die Ätiologie dieses Leidens gelten zu lassen.

Die Erfahrung hat nämlich gelehrt, daß bei Konstitutionsanomalien neben anderen Zeichen mangelhafter Anlage fast konstant Genitalsymptome, die ebenfalls als Degenerationszeichen aufgefaßt werden mußten, vorhanden sind. Es sind dies Hypoplasie der äußern und innern Geschlechtsteile,

der Brüste und Behaarung. Und als häufigstes Symptom der Dysfunktion des Eierstocks fand sich neben Amenorrhoe Sterilität. Ob die innersekretorische Störung der Keimdrüsentätigkeit dabei das Primäre und Auslösende der betreffenden Anomalie ist oder nur ein Symptom dieser, lasse ich noch dahingestellt sein. Jedenfalls wäre es theoretisch denkbar, die hierbei bestehende Sterilität durch Ovarialpräpapate zu heilen (Organotherapie).

Für die Beurteilung der Ursachen der weiblichen Unfruchtbarkeit ist diese Erkenntnis jedenfalls von ungeheurem Werte, und mancher Nichterfolg in der Behandlung mag wohl so seine Erklärung finden, daß eine allgemeine Konstitutionsanomalie übersehen und einer außerdem bestehenden örtlichen Genitalerkrankung die Schuld an der Unfruchtbarkeit irrtümlicherweise zugesprochen wurde.

Auch bei den vorliegenden Fällen neige ich zu der Ansicht, daß es sich, wie ich auch einige Male nachweisen konnte, verschiedentlich um Pat. mit einer allgemeinen hypoplastischen Konstitution gehandelt hat, wo die Behandlung einer vielleicht zufällig vorhandenen und unter Umständen ebenfalls Sterilität verursachenden Erkrankung des Uterus oder der Adnexe begreiflicherweise auch nicht zum Ziele führen konnte.

Für den Arzt muß in Zukunft der Grundsatz maßgebend sein, bei Konsultationen wegen Sterilität stets an die Möglichkeit einer konstitutionellen Krankheit zu denken — deshalb achten auf „Degenerationszeichen"! — und eine gefundene Erkrankung der Genitale erst dann als sterilitätsbedingend anzusehen, wenn man das Vorhandensein konstitutioneller Momente völlig ausschließen kann.